



■ 福建厦门/金 晶 黄 辉

## 新型农村合作医疗制度如何改革

2003年1月10日,卫生部、财政部和农业部联合下发了《关于建立新型农村合作医疗制度的意见》,对新型农村合作医疗(以下简称新农合)制度作了具体规定和试点安排;下半年,新农合制度开始在部分地区试行。该制度采用自愿参加、多方筹资的原则,农户每年以家庭为单位按人头缴纳合作医疗费,同各级政府补助一起形成合作医疗基金。到2008年底,开展新农合的县(区、市)达到2729个,占全国总数的95.6%,参加农民达到8.15亿人,参与率达到91.5%,基本实现了全面覆盖。

在探索新农合制度完善之路时,理论界提出了如下问题:一是农村合作医疗制度的变迁方式是否合理?二是在实践过程中存在哪些问题?三是这些问题应如何解决,才能保障一个可持续的新农合供给体系正常运行?

### 新农合制度变迁的合理性

按照新制度经济学理论,制度变迁的方式可分为诱致性变迁和强制性变迁,前者是由一个(群)人自发倡导、组织和实施的制度变迁,是自愿行为;后者是由政府命令和法律引入和实现,其变迁主体是国家,具有强制性。那么,我国农村合作医疗选择哪种制度为宜?理论研究表明,我国新农合制度的实施尚在强制性诱致性变迁之间徘徊:首先,制度的出台、具体安排及预期到2010年达到的目标,虽体现了强制性特点,但同时政府期望通过“农民自愿参加”逐步引导合作

医疗制度的推广,又具有诱致性特点。然而,强调农民自愿参加的原则,对新农合制度而言是一个重大缺陷,因为最大的问题就是逆向选择。由于个人缴费水平很低、政府补贴力度较大,逆向选择问题并不严重。随着筹资额度的提高,强制型制度下受益最大的,依然是收入较低且健康状况较差的人,而自愿型制度下收入较低且健康状况较好的人,由于福利受损额度的增加,他们必然会退出医疗保障制度,结果是医疗保障体系可提供的补助比例下降,从而产生恶性循环。从长远看,强制性变迁是新农合必然选择的道路。

### 新农合制度实施存在的问题

目前,新农合制度在实施中存在的问题主要集中于筹资机制、补偿模式和组织管理。

#### 1. 筹资机制

新农合制度实行个人缴费、集体扶持和政府资助相结合的筹资机制。存在问题主要有:一是筹资负担累退性。集体经济组织总体上未形成扶持新农合的长效机制,而均一等额的资助方式和缴费方式,必然导致地区之间和家庭之间新农合筹资和负担的累退性,低收入家庭的负担较重,贫困家庭没有能力参加,而高收入家庭应尽义务不足,实质上以表面的平均掩盖了实际上的不公平。二是筹资成本高。每个县在筹集农民资金方面的花费约占农民缴纳资金(人均10元)的四分之一左右,筹资成本很高。三是容易引发套资行为。自下而

上的筹资顺序可引发“套资”行为。地方政府有可能通过垫资或虚报合作医疗人数的办法,套取中央政府资金,地方卫生行政部门甚至乡村医生,也有可能通过垫资或虚报合作医疗人数的办法,套取地方政府的资金。这种套资行为如不能有效防控,新农合制度既不可能达到预期的目的,也不可能实现可持续发展。

## 2. 补偿模式

新农合采用的补偿模式主要有三种:大病统筹加门诊家庭账户、住院统筹加门诊统筹和大病统筹。

新农合制度建立之初,政府把新农合的补偿模式,定位为以大病住院保障为主,合作医疗基金能否用小病补偿则颇具争议。主张只补偿住院或补偿大额费用的观点,基于医疗保险的效率,认为农民合作医疗应着眼于解决重大疾病引起的因病致贫、因病返贫问题。但大病统筹模式存在重大缺陷,即农民收益面窄、保大病导致重治轻防、可能导致小病大医的道德风险,因此大病统筹模式应当摒弃,而实行保小病模式。但若将门诊和小病纳入主要补偿范围,将导致基金严重透支,危及偿付能力。只有一种观点主张将保险范围扩大到门诊治疗,但门诊补偿分流了有限的基金,削弱了基金抗大病风险的能力。综合考虑上述意见,2009年中央一号文件将新农合补偿模式重新定位为以大病住院保障为主,兼顾门诊医疗保障。

关于补偿机制,目前的农村合作医疗是一种基于“起付线+共同保险+封顶线”基础之上的混合支付体制,这种混合体制被认为既能缓解农民“因病致贫、因病返贫”问题,又能有效制约患者对医疗服务的过度需求。但由于医疗费用补偿机制在设计上存在明显的与农民收入正相关的隐含条件,导致广大农民特别是低收入人群,很难享受到或享受到很少的医疗费用补偿,使得新农合改善“因病致贫、因病返贫”的效果不大。补偿机制存在明显的资金由穷人流向富人的逆向转移支付趋势。在补偿比例方面,调查显示,农户对新农合能否解决家庭的医疗问题表示悲观,认为收益机会少、报销比例太低。

## 3. 组织管理

新农合发展面临两大难题,除了保障水平低之外,就是管理成本高。在地方卫生部门主管的新型合作医疗中,管理费用一般占总经费的10%以上。新农合由政府作为组织者,试点县各级政府都要成立一套相应的管理机构,县里设立农村合作医疗管理局(通常挂靠在县卫生局的事业单位),各乡(镇)成立农村合和医疗办公室,人员和办公经费都列入财政预算。这对于财政状况本身就拮据的县乡政府和较低合作医疗筹资水平来说,不仅是一笔不小的支出,而且是直接的制度成本。此外,县级政府不仅要安排配套支出,还要承担数额极大的宣传组织费用和运转管理费用。许多县级政府

迫于无法安排这部分费用,将部分费用转嫁给卫生机构,包括县医院、乡镇卫生院和村级诊所,而这些机构最终又把这部分费用在经营中转嫁给患者。

管理主体混乱是又一问题。各地农村合作医疗办公室从行政上隶属于乡政府和乡卫生院,在运作上属于当地劳动社会保障局或卫生局的一个职能办公室,由县卫生局、乡镇政府和卫生院共同管理,形成了对新农合的分散管理格局,由于这些部门所处地位和利益不同,在管理和决策上经常发生矛盾,管理十分混乱。另外,卫生部门作为新农合的主管部门,扮演着农村卫生服务系统的管理者和农村卫生保障系统的管理者双重身份,它实际上代表了新农合制度中需方(参加新农合的农民)和供方(定点医疗机构)两个矛盾双方的利益,在这种既要维护矛盾双方的利益,又要规范双方行为的职责要求下,这种管理体制是很难实现新农合制度的公平与医疗机构效益的一致性。若村民对定点医疗机构及其服务人员没有任何控制权,合作医疗就可能陷入一大误区:中央和地方财政投入、甚至农民交纳的费用将成为挽救濒临倒闭的乡镇卫生院和为那些缺乏技术的卫生人员保住饭碗的资金,合作医疗的受益者将不是农民。

## 新农合制度的改革

如何解决新农合制度在实施中存在的问题?笔者以为:一是在筹资机制设计上,要提升筹资水平、改变筹资顺序,根据医疗产品的公共属性,确定不同的筹资模式。江苏省赣榆县经过三年的探索,创造出一种提前预缴参合资金的办法,称为“农民滚动式预缴费制度”,这一方法降低了80%的筹资成本,能控制管理成本在5%以下。浙江省开化县推出委托信用社代扣缴费制度,为新农合的筹资机制创新提供了又一种思路。二是在补偿模式上,一致意见是取消家庭账户,推行住院统筹加门诊统筹模式。对于补偿机制设计,应降低或取消起付线,增大农民的收益面。三是新农合改革模式,主要有两种思路:一种是国务院发展研究中心课题组在《对中国医疗卫生体制改革的评价与建议》研究报告中提出的“划分医疗卫生服务的层次和范围,实行不同的保障方式”的设想;另一种是梯度发展模式论,即在经济发达地区实行城乡一体化的社会医疗保险制度、在中等发达地区建立民办公助的政策性农村医疗保险制度、在欠发达地区建立公办民助的社区性合作医疗制度。

笔者认为,控制医疗费用是决定新农合改革成败的关键。由于医者和患者的道德风险,导致医疗费用上升,而这部分医疗费用应通过具有可操作性的制度设计,在一定程度上予以解决。■

(作者单位:厦门大学经济学院金融系)